

वित्तीय सहायता आवेदन प्रपत्र

खंड एक: रोगी की जानकारी

अपना पूरा नाम, चिकित्सा सेवा प्राप्त करने के समय का अपना पता और इस खंड में उल्लिखित अन्य जानकारी प्रिंट करें।

खाता संख्या: _____ सेवा की तिथि (तिथियाँ): _____

रोगी का नाम: _____

पता: _____ अंतिम _____ पहला _____ बीच का आधाक्षर _____
 शहर: _____ देश: _____

निवास का राज्य: _____ ज़िप कोड: _____ जन्म तिथि: ____/____/____ वैवाहिक स्थिति: अविवाहित विवाहित तलाक़शुदा

प्राथमिक फोन नंबर: (____) _____ आवास मोबाइल कार्यालय अन्य: _____

ईमेल: _____

सेवा की तिथि में स्वास्थ्य बीमा: कोई बीमा नहीं है मेडिकेयर मेडिकेड अन्य: _____

खंड दो: परिवार की आय संपत्तियाँ

अपने लिए, अपने जीवनसाथी और परिवार के अन्य सभी सदस्यों (यदि लागू हो) की आय बताएं।

आय का स्रोत	सेवा से पहले 3 महीने की कुल राशि	सेवा से पहले 12 महीने की कुल राशि
मजदूरी/स्व-रोजगार	\$ _____	\$ _____
सोशल सिक्योरिटी	\$ _____	\$ _____
पेंशन, लाभांश, ब्याज, किराये की आय	\$ _____	\$ _____
बेरोज़गारी, श्रमिकों का मुआवज़ा	\$ _____	\$ _____
बाल सहायता (केवल तभी जब रोगी इच्छित प्राप्तकर्ता हो)	\$ _____	\$ _____
अन्य	\$ _____	\$ _____

कुल शुद्ध संपत्ति (संपत्तियाँ-ऋण) आवेदन की तिथि तक: \$ _____

खंड तीन परिवार की जानकारी और आय

अपने परिवार के सभी सदस्यों और उनकी जन्मतिथि दर्ज करें।

कृपया आपके अपने परिवार के उन सभी लोगों की निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें जो आपके घर में रहते हैं। HCAP के प्रयोजनों के लिए, परिवार को रोगी, रोगी के पति या पत्नी और रोगी के 18 वर्ष से कम उम्र के सभी बच्चों (प्राकृतिक या दत्तक) के रूप में परिभाषित किया गया है जो रोगी के घर में रहते हैं। यदि रोगी की आयु 18 वर्ष से कम है, तो परिवार में रोगी, रोगी के प्राकृतिक या दत्तक माता-पिता और रोगी के घर में रहने वाले 18 वर्ष से कम उम्र के बच्चे (प्राकृतिक या दत्तक) शामिल होंगे।

रोगी सहित परिवार के सदस्यों का नाम	जन्म तिथि	रोगी के साथ संबंध
1. रोगी: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में और किसी भी संलग्नक में मैंने जो कुछ भी कहा है वह सत्य है।

जिम्मेदार पक्ष के हस्ताक्षर: x _____ तिथि: _____

नीचे अपने हस्ताक्षर द्वारा, मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने इस आवेदन की समीक्षा कर ली है और इसे मंजूरी दे दी है।

अस्पताल के CEO के हस्ताक्षर: x _____ तिथि: _____

अपना पूरा किया हुआ आवेदन यहां लौटाएं: [Penn State Health Rehabilitation Hospital](#)